

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° :

345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE
PRÉSENTÉE PAR PIERRE-MAURICE BOULIN

Contribution à l'Étude
du Traitement Chirurgical immédiat
des Perforations aiguës des Ulcères
gastro-duodénaux

Président : M^r le P^r CUNÉO

Soc. An. des Établissements d'Imprimerie

A. HERBELIN

46, RUE JACOB, 46

— PARIS —

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1921

THÈSE

N° :

345

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE PAR PIERRE-MAURICE BOULIN

Contribution à l'Étude
du Traitement Chirurgical immédiat
des Perforations aiguës des Ulcères
gastro-duodénaux

Président : M^r le P^r CUNÉO



Soc. An. des Établissements d'Imprimerie

A. HERBELIN

46, RUE JACOB, 46

PARIS

LE DOYEN : M. ROGER

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	RÉNON
Pathologie chirurgicale	LECÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	P. MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	LEJARS
	HARTMANN
	GOSSET
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LE LORIER	REITTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LEREBoullet	ROUSSY
BRANCA	GULNIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GULLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNÉO

Chevalier de la Légion d'honneur
Professeur d'Anatomie Médico-Chirurgicale

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX DE PARIS

AUX MÉDECINS-CHIRURGIENS ET RELIGIEUSES
DE L'HÔPITAL ST-JACQUES *en souvenir de leur bienveillance*

Témoignage de gratitude

A NOTRE AMI LE DOCTEUR OULIÉ
interne des Hôpitaux, *qui a bien
voulu nous guider de ses conseils
dans l'élaboration de cette thèse.*

PRÉFACE

Au cours de ces deux dernières années il nous a été donné d'observer trois cas de perforation aiguë d'ulcères pyloro-duodénaux dont les observations sont publiées au début de ce travail.

Ces cas nous avaient extrêmement intéressé lorsque les récentes discussions devant les sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon sont venues augmenter encore pour nous leur intérêt et nous donner l'idée de consacrer notre thèse inaugurale à l'étude de la question du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux.

Observations inédites

1. *Perforation du duodénum ; Suture ; Guérison.*

(Observation due à l'obligeance du D^r Toupet, chirurgien des hôpitaux).

Le malade, âgé de 36 ans, a été pris le 23 juillet 1920 à 11 heures 40 d'une douleur en coup de poignard au niveau du creux épigastrique. Elle se généralise peu à peu à tout l'abdomen. Vomissements abondants.

Je le vois à l'hôpital Lariboisière à 21 heures. Contracture abdominale généralisée. Vomissements. Matité dans les flancs. Pouls à 100 avec quelques intermittences.

Malgré l'absence complète d'antécédents gastriques on fait le diagnostic de perforation d'ulcus de l'estomac ou du duodénum.

Opération à 21 heures (10^e heure). Anesthésie éther.

Laparotomie médiane sus-ombilicale ; l'abdomen contient un litre environ de liquide louche. On découvre de suite la perforation qui siège sur la face antérieure du duodénum à un centimètre environ de l'anneau pylorique. Elle a les dimensions d'une lentille, est entourée d'une zone indurée de la grandeur d'une pièce de un franc. Rougeur diffuse de la région pylorique et de la vésicule.

Suture en bourse de la perforation, puis plans osseux perpendiculaire à l'axe du duodénum (fil de lin).

On fait une petite incision sus pubienne et on draine le Douglas.

L'état général du malade est assez précaire, les sutures n'ont pas rétréci le duodénum, on juge prudent de ne pas compléter l'intervention par une gastro-entérostomie.

Suture de la paroi en un plan au fil de bronze.

Suites opératoires. — Pendant trois jours le malade est dans un état inquiétant. Puis rapidement l'état s'améliore, le drain suspubien qui ne donne plus rien est en-

levé le 4^e jour, le 6^e jour le malade n'inspire plus aucune inquiétude.

Les fils sont enlevés le 12^e jour. Pas trace de suppuration pariétale. Le malade sort complètement guéri le 18 Août. Le 19 Août le malade vient me voir à l'hôpital Beaujon.

Examen radioscopique : Le fonctionnement de l'estomac est normal. Malgré l'absence de rétrécissement duodénal on juge prudent pour mettre le malade à l'abri de complications ultérieures de faire l'exclusion du pylore. Opération qui fut pratiquée ultérieurement avec succès.

2. Perforation du Duodénum ; Suture ; Guérison.

(Due ainsi que la suivante à l'obligeance du D^r Oulié Interne des Hôpitaux).

Le malade, âgé de 55 ans, est amené le 15 Juin 1919 dans la nuit à l'hôpital Beaujon. Il se plaint de douleurs abdominales diffuses et est hospitalisé en médecine. Le lendemain matin son état semblant inquiétant et l'affection dont il est atteint d'ordre chirurgical, je suis appelé auprès de lui.

Je trouve un homme immobile dans son lit, les narines pincées, les yeux un peu excavés, retenant sa respiration qui est de type costal. Il déclare souffrir beaucoup dans le ventre.

Je constate que l'abdomen est déprimé, en bateau, immobile dans les mouvements respiratoires. Les droits se dessinent contracturés sous la peau de la paroi maigre.

La palpation permet de mieux constater la contraction généralisée de la paroi abdominale. Cette palpation est douloureuse partout mais particulièrement dans la région épigastrique. Pas de météorisme. Matité hépatique normale. Ni selle ni gaz depuis l'entrée. Température 38° 2 ; pouls 110 assez bien frappé.

Le malade raconte qu'il a été brusquement pris de douleurs abdominales la veille vers 6 heures du soir, sans que le début ait été d'ailleurs dramatique. Ces douleurs

étaient épigastriques tout d'abord puis periombilicales et assez diffuses. Le malade les qualifie de coliques. Elles sont d'ailleurs plus intenses maintenant qu'elles n'ont jamais été. Il y eut un vomissement au début et seulement des nausées depuis.

Il n'existe presque aucun antécédent gastrique. En interrogeant avec soin le malade, on arrive à lui faire dire qu'il avait parfois des regurgitations acides, parfois des douleurs épigastriques vagues, des sensations de brûlures. C'est tout, mais il a remarqué que parfois ses selles étaient noires.

Le diagnostic de perforation d'ulcère pyloro-duodénal est posé et l'intervention immédiatement décidée.

Opération 16 heures après le début. Anesthésie éther. Laparotomie médiane sus-ombilicale. A l'ouverture du péritoine s'écoule un liquide verdâtre puriforme et d'odeur aigrelette nettement stomacale.

Le liquide semble venir surtout de l'hypochondre droit sous le foie. On extériorise en partie l'estomac qui ne présente rien d'anormal sur sa face antérieure. Le pyllore ne vient pas retenu semble-t-il dans la profondeur par des adhérences hépatiques. Après avoir écarté les anses intestinales et soulevé le bord inférieur du foie on aperçoit à la naissance du Duodénum sur sa face antérieure une perforation lenticulaire au centre d'une petite masse indurée cartonnée blanchâtre.

On peut fermer la perforation par trois points totaux séparés au catgut double zéro et enfouir la suture ainsi faite sous un surjet sero séreux perpendiculaire à l'axe duodénal. Pas de gastro-entérostomie.

Fermeture de la paroi en un plan au fil de bronze après drainage par mèches et drains au devant de la suture.

Suites opératoires. — Très simples. Le soir le poulx est bien frappé à 110. Temp. 38° 6. Le lendemain la températ. descend à 38°. Le poulx est à 100. Au 6^e jour le drain et les mèches sont enlevées. Au 15^e jour le ma-

ladé quitte l'hôpital. Il est revu un mois après en excellent état.

3. Perforation du duodénum ; Suté ; Guérison opératoire ; Mort au 17^e jour de broncho-pneumonie.

Le malade, âgé de 59 ans, sans antécédents gastriques nets, est pris brusquement, le 29 Juillet 1920, vers 3 heures de l'après-midi, d'une douleur abdominale violente périombilicale. Un médecin appelé porte le diagnostic d'appendicite et envoie le malade à l'hôpital.

L'état général est peu inquiétant, pouls à 96. temp. 38°. Le malade est emphysémateux et bronchitique chronique. Il subit en ce moment une poussée de bronchite aiguë qui détermine de la dyspnée.

Le diagnostic d'appendicite aiguë est confirmé par l'interne de garde qui, à cause de l'état général, n'intervient pas.

Le lendemain matin on constate une contracture abdominale généralisée et sur cette indication opératoire formelle, l'intervention est décidée. Le diagnostic de péritonite appendiculaire semble toujours le plus probable.

Opération le 30 Juillet à 11 heures, 20 heures après le début des accidents.

Incision de la fosse iliaque droite. L'appendice est sain ainsi que le cœcum. Mais la cavité abdominale est pleine d'un liquide purulent jaune verdâtre. Fermeture de la paroi en un plan au crin.

Laparotomie médiane sus ombilicale. A l'ouverture du péritoine il s'écoule une assez grande quantité de ce même liquide verdâtre. Il semble provenir surtout de la région sous-hépatique. En soulevant le bord du foie on aperçoit une perforation siégeant à la face antérieure du bord supérieur de la première portion du duodénum. Le contenu gastrique s'échappe par l'orifice quand on essaie d'attirer l'estomac. La perforation a les dimensions d'une grosse lentille mais repose sur base indurée calleuse grande comme une pièce de 2 fr. Le duodénum est adhérent au foie et ne se laisse pas attirer du tout. Su-

ture au catgut difficile, en deux plans. Un plan total à points séparés peu satisfaisant les sutures coupant, un plan séro-séreux en surjet. En outre un fragment de plicon est amené et suturé devant la perforation.

La suture paraît étanche et le calibre du duodénum peu rétréci. Après simple assèchement du péritoine fermeture complète en un plan au fil de bronze sans aucun drainage.

A cause des manifestations pulmonaires : Anesthésie rachidienne : dix centigrammes de syncaïne après soustraction de 15 cc. de liquide céphalo-rachidien et brassage.

Suites opératoires. — Sans incident jusqu'au 15 Août. La température oscillait entre 37 et 38, le ventre était souple, les plaies opératoires s'étaient cicatrisées par première intention. L'alimentation avait été commencée sans incident quand le malade qui n'avait jamais cessé de présenter des signes de bronchite et d'emphysème intense fut atteint de broncho-pneumonie et mourut le 16 Août, 17 jours après une intervention que l'on était en droit de considérer comme un succès opératoire parfait.

Ces 3 observations sont des exemples heureux de ce que peut donner une intervention chirurgicale assez précoce dans une perforation gastro-duodénale. Dans ces trois cas il n'a été fait qu'une simple suture sans gastro-entérostomie complémentaire immédiate. Du succès obtenu par ce mode opératoire nous n'en voulons pas conclure que ce soit là le procédé idéal à employer ou la règle absolue qu'il faille suivre. Cette question des indications de la gastro-entérostomie a été discutée toute l'année passée par la Société de Chirurgie de Paris et au début de cette année même par la Société de Chirurgie de Lyon. Nulle conclusion absolue, nulle règle impérative surtout n'apparaît se dégager des discussions. Nous n'en proposerons pas qui soient plus absolues. Ces trois observations ne sont que des résultats heureux d'une des techniques qui peuvent être employées dans ces cas.

Historique

Il semble bien que la première intervention chirurgicale pour perforation d'un ulcère gastrique soit due à Mickulicz (7 novembre 1880). Le malade succomba.

A ce propos en 1884 Mickulicz à la 57^e réunion des médecins allemands de Magdebourg, posa la question de l'intervention chirurgicale dans les perforations intestinales. Il préconisait la laparotomie suivie de suture dans les cas de déchirure de la paroi de l'estomac ou de l'intestin, quelque soit la cause de cette déchéance et notamment au cours de processus pathologiques : ulcère rond, ulcère typhique, perforation de l'appendice ileo-cœcal.

Il citait quatre observations : deux perforations appendiculaires, une rupture de l'ileon et la perforation de l'estomac dont nous venons de parler.

Une seconde intervention de Mickulicz eut le même résultat ainsi que deux de Czerny et deux de Stelzner. Kriege en 1891 obtint le premier succès.

En Angleterre le premier cas opéré fut celui de Taylor en 1887 sans succès d'ailleurs. Il en fut de même pour ceux de Barlett, Ball, Lockwood, Barling, Harward, Harlow. Guilford en 1893 réussit le premier à sauver un malade.

En Amérique le premier cas est dû à Weir, le premier succès à Atherton en 1895.

En Suisse Roux de Lausanne obtint un beau succès en 1893.

En France après les échecs de Walther, Poncet, Le Dentu, Michaux en 1894 fut assez heureux pour obtenir un beau résultat qu'il présenta au congrès français de Chirurgie d'Octobre 1894 à Lyon. Il s'agissait d'un cas où l'intervention eut lieu sept heures après le début des accidents. La perforation siégeait au voisinage du cardia. Elle fut suturée et le péritoine fut laissé largement ouvert. Au bout de six semaines le malade était guéri.

En 1895 Chapt consacrait sa thèse inaugurale à cette question du traitement des ulcères gastriques et réunissait 27 cas de laparotomie avec 6 guérisons. En 1896 Houzé en trouvait 40 avec 14 guérisons et la même année Michaux pouvait trouver déjà plus de 50 perforations aiguës traitées chirurgicalement.

Il insistait alors sur la nécessité d'une intervention précoce et rapide et il proposait pour celle-ci trois techniques opératoires possibles :

La resection suivie de suture, la suture directe sans resection, la gastro-entérostomie avec ou sans resection, enfin la fixation des bords de l'ulcère à la paroi. En cas d'impossibilité de suture il conseillait de limiter et drainer le foyer par des compresses et des drains.

L'opération était-elle tardivement faite, en période de péritonite généralisée, il préconisait l'ouverture du foyer, sa limitation par des compresses, qui après lavage, le maintenaient largement ouvert et puissamment drainé.

Il recommandait aussi de vider le contenu stomacal avec une pompe.

Il semble bien que la première intervention pour perforations d'ulcère duodénal soit due à Loc Kwood en 1891. La perforation ne fut pas trouvée et le malade mourut. Le premier succès enregistré est celui de Percy Dean (1894) dont nous publions l'observation.

En 1898 Schwartz conseillait pour le traitement des ulcères duodénaux perforés une laparotomie large, la suture de la perforation après excision, si la perforation n'est pas trop étendue et de largement drainer surtout si la suture ne donnait pas toute certitude d'étanchéité.

Sur 11 cas opérés il n'y avait alors que 3 guérisons. Dès les premières tentatives opératoires la question de l'excision de l'ulcère fut posée. Elle est déjà discutée en 1895 dans la thèse de Chapt. Combattue par les uns, défendue par les autres cette technique est encore actuellement discutée.

Dans les premières années de la période opératoire du traitement des perforations des ulcères gastro-duodé-

naux, les chirurgiens se préoccupaient de laver le péritoine avant de le refermer, afin de le débarrasser des corps étrangers et du pus qu'il contenait.

Partout ce lavage compta des partisans et des détracteurs.

Tandis que dès 1896 en Allemagne beaucoup de chirurgiens y avaient renoncé, F. Brunner dans le même pays en 1903 préconisait le lavage abondant avec éviscération totale.

Il fut très employé au début en Amérique et en Angleterre, mais là aussi certains chirurgiens y avaient de bonne heure renoncé puisque dans une observation d'Atherton de 1895 (premier succès américain) un simple assèchement du péritoine fut pratiqué. En 1911 encore la question était soulevée au 24^e congrès français de chirurgie. Hartmann, Pauchet notamment ne trouvaient d'indication réelle au lavage que dans la présence dans le péritoine de nombreux corps étrangers d'origine gastrique.

Le danger de la diffusion des germes par le lavage signalé depuis longtemps par Lejars est de plus en plus apparu comme trop grand et si dans les dernières discussions il ne fut plus question de lavage du péritoine, c'est apparemment que tout le monde est actuellement d'accord pour ne le pas pratiquer.

L'opinion des chirurgiens a également beaucoup varié en ce qui concerne le drainage. Pratiqué de façon courante dans les premières interventions, il apparaissait d'autant plus légitime que celles-ci étaient le plus souvent tardivement pratiquées, en période de péritonite confirmée.

Nous voyons même des chirurgiens comme Hildebrandt, Schloffer Wiesinger avoir recours au tamponnement général de tout l'abdomen dans des cas particulièrement graves.

Le premier succès français fut obtenu chez un malade dont le péritoine avait été laissé largement ouvert.

En 1905 à la Société de Chirurgie de Paris, Tuffier disait que le large drainage des deux fosses iliaques s'imposait.

En 1908 Souligoux insistait sur l'importance des multiples drainages : des deux fosses iliaques, sous hépatique, sus pubien et surtout chez la femme du drainage vaginal par colpotomie.

En 1911 Lecène ne draine plus que le cul de sac de Douglas par un drainage sus pulien ou iliaque.

C'est encore la technique générale actuelle bien que dans certains cas on ait tenté de ne pas drainer du tout. Ces tentatives de fermeture sans aucun drainage sont fort anciennes puisque nous en trouvons une observation en 1895 (Atherton) et que en 1903 F. Brunner réunissait déjà 32 opérations où le drainage n'avait pas été pratiqué.

Mais ce qui fut surtout l'objet de nombreuses discussions c'est la question de la gastro-entérostomie complémentaire faite immédiatement après la suture de la perforation.

En 1897 Braun le premier fit une gastro-entérostomie complémentaire immédiate dans un cas de perforation insuffisamment obturée.

Déjà Chapt en 1896 parlait dans sa thèse de l'utilité qu'il pouvait y avoir à faire une gastro-entérostomie dans les perforations stomacales postérieures quand la suture est difficile et comme il en craignait la durée de réalisation il suggérait l'idée de la faire au bouton de Murphy.

En 1898 à la Société de Chirurgie, à la suite d'un rapport de Schwartz sur quatre observations d'ulcères du duodénum perforés. Routier disait : « Ne devrait-on pas en égard aux récidives des ulcères du duodénum, eu égard à leur pluralité, se comporter comme pour l'ulcère stomacal et pour mettre le duodénum dans un repos relatif, ne serait-il pas bon de pratiquer une gastro-entérostomie quand on intervient d'une manière ou d'une autre pour remédier à un ulcère. On n'aggraverait pas sensiblement

l'intervention et au moins ferait-on de la thérapeutique préventive ». De nombreux chirurgiens étrangers surtout se rallièrent à cette opinion et en 1910 Kroiss pouvait déjà réunir 65 cas de gastro-entérostomie complémentaire immédiate.

En 1911 Hartmann présentait à la Société de Chirurgie deux belles observations de Lecene où cette technique avait été suivie et il rappelait que Körte, Paterson, A. B. Mitchell, Moynihan, Mayo-Rolson, les Mayo insistaient sur l'utilité de cette gastro-entérostomie immédiate si le malade était opéré assez tôt et en assez bon état général.

Depuis cette époque un certain nombre de chirurgiens anglo-américains pratiquent la gastro-entérostomie d'une façon *systematique* (Ders-Deaver).

Il n'en est pas de même en France. A propos de deux observations de Basset le P^r Duval a le 12 Mai 1920 à la Société de Chirurgie demandé aux chirurgiens français leur avis sur la légitimité de la gastro-entérostomie systématique.

Après huit mois de discussions aucun membre de la Société de Chirurgie ne s'était prononcé en faveur de la gastro-entérostomie systématique.

La seule indication nettement posée est le rétrécissement opératoire très marqué du canal pyloro-duodénal.

Les discussions plus récentes de la Société de Chirurgie de Lyon ne semblent guère devoir aboutir à des conclusions bien différentes.

Mais au cours des nombreuses communications de l'an passé d'autres points intéressants de la question du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux furent envisagés et dont nous reparlerons au cours de ce travail, notamment l'importance de la précocité de l'intervention, l'importance de la virulence du contenu péritonéal et — chose plus nouvelle, la possibilité dans certains cas de traiter ces ulcères perforés par la gastropyloréctomie.

Diagnostic de la perforation gastro-duodénale

Reconnaître une perforation gastro-duodénale c'est reconnaître en même temps l'indication formelle d'une intervention chirurgicale. Mais encore faut-il porter un diagnostic exact et ce n'est pas toujours chose aisée.

Sans vouloir décrire les signes de la perforation gastro-duodénale, voyons quels sont ceux dont on peut faire état pour porter un diagnostic exact.

Les Antécédents

Dans la grande majorité des cas la perforation se produit chez des malades qui ont un passé gastrique (90 % des cas d'après F. Brunner pour les ulcères gastriques) mais souvent les troubles ne sont pas très nets le malade ne les accuse pas spontanément, il faut l'interroger minutieusement pour retrouver les petits signes de l'ulcus, de l'hyperchlorhydrie. Et c'est ainsi que s'explique l'ancienne opinion de Cruveilhier, Debove, Dieulafoy, que l'ulcère perforé est le plus souvent un ancien ulcère latent.

Actuellement encore il est généralement admis que l'ulcère duodénal perforé est un ulcère antérieurement latent. Peut-être sommes-nous là encore les dupes de notre ignorance. De plus en plus fréquemment et précocement le diagnostic d'ulcère du duodenum est maintenant posé dans des cas où il ne l'aurait pas été autrefois. Plus souvent que nous et plus précocement, paraît-il, les Anglo-Américains savent reconnaître cette affection. Pouchet en 1913 déclarait à la Société de Chirurgie que pour lui il n'y avait pas d'ulcus duodenal latent et que toujours on pouvait retrouver un passé gastrique dans les cas de perforation d'ulcus duodénal.

La Douleur

Soudaine, souvent brutale en « coup de poignard péritoneal » (Dieulafoy). Elle augmenterait d'intensité à la moindre ingestion de liquide.

Le plus souvent c'est une douleur épigastrique ; dans les perforations juxta-cardiaques elle siègerait plutôt à gauche, dans les perforations juxta pyloriques ou duodénales elle siègerait plutôt à droite.

Elle s'irradie à la clavicule, à l'épaule, au bras, au thorax. Jean-Louis Faure avait autrefois insisté sur la fréquence et l'importance de ces irradiations thoraciques.

Mais tout cela est inconstant. La douleur peut ne pas être brutale, elle peut-être sous-ombilicale-médiane droite ou gauche ; elle peut n'avoir aucune des irradiations classiques.

Vomissements

Il est devenu classique de considérer l'absence de vomissements comme assez caractéristique des perforations stomacales. En réalité ils ne semblent guère manquer dans plus d'un tiers des observations publiées. Ils sont naturellement plus fréquents dans les perforations duodénales. Alimentaires au début puis bilieux ils cessent ensuite pour reparaître plus ou moins porracés quand surviennent les signes de péritonite.

Contracture des parois abdominales très marquée

Elle est à peu près constante et très marquée, elle peut être généralisée presque immédiatement ou être localisée un certain temps à la région épigastrique ou à l'hypochondre droit. On voit parfois, comme dans une de nos observations les muscles droits se dessiner contracturés sous la peau.

La respiration est de type costal avec immobilité du diaphragme.

On a pu observer un ballonnement très précoce qui serait dû à la pneumatose péritoneale par irruption de l'air stomacal dans la cavité péritoneale.

Sonorité préhépatique précoce

Considérée comme un signe fréquent, c'est un signe important quand il existe mais il est inconstant. Ce n'est

que le premier stade du ballonnement précoce dont nous venons de parler et reconnaît la même origine.

Matité dans les flancs

Plus ou moins nette elle est due au début à l'épanchement péritoneal du contenu gastrique, puis à la transsudation péritoneale réactionnelle et plus tard à la péritonite.

Etat général

Il est classique de le considérer comme rapidement altéré. Ce n'est que relativement exact, relativement par rapport à des affections autres qu'une perforation intestinale, mais ce n'est plus exact par rapport à d'autres perforations intestinales, à la perforation appendiculaire par exemple.

Il semble bien en effet que, au début, pendant les dix à douze premières heures, l'état général reste le plus souvent assez satisfaisant.

La tendance syncopale du début est inconstante et passagère. Bientôt le malade offre surtout l'aspect d'un être qui souffre beaucoup. La température dans la plupart des observations oscille autour de 38 et le pouls est rapide entre 90 et 120, mais dans beaucoup d'observations récentes de cas assez précocement observés on le note comme assez bien frappé.

Les perforations intestinales basses appendiculaires déterminent une atteinte plus rapide et plus profonde de l'état général.

Diagnostic étiologique

La perforation d'un cancer est rare (observations de Routier, Hartmann et Lecène, Bardesco, Brobink).

On a cité des perforations par corps étrangers et des perforations d'ulcus à la suite d'un traumatisme (Helfferich-Myles).

Diagnostic différentiel

Parmi les affections susceptibles d'être confondues avec une perforation gastro-duodénale, la perforation

appendiculaire est de beaucoup la plus importante. La confusion des deux affections est fréquente surtout avec les ulcères pyloro-duodénaux. Dans la statistique de F. Brunner 27 fois l'erreur avait été commise sur 55 cas. Dans une statistique citée par Tuffier en 1905 : 15 fois sur 28 cas. Dans une statistique de Moynihan : 19 fois sur 49 cas. Ricard et Pauchet insistaient en 1910 sur cette confusion. La cause en est que l'ulcère pyloro-duodéal perforé donne souvent réellement des signes d'appendicite avec un maximum de symptômes dans la fosse iliaque droite et comme l'appendicite est plus fréquente que la perforation pyloro-duodénale, c'est le diagnostic de la première affection qui est généralement porté.

Cette aberrance des signes s'explique par la migration des liquides échappés de la perforation. Cette migration a été mise bien en évidence par les expériences de Maynard Smith.

Après perforation du duodénum, un liquide coloré injecté sous pression dans l'estomac se collecte d'abord à la face antérieure du rein, sous le foie entre le duodénum et l'angle colique en dedans et la paroi abdominale en dehors, puis fuse entre celle-ci et le colon ascendant vers la fosse iliaque et le petit bassin.

Les liquides émigrés d'une perforation gastrique juxta cardiaque peuvent, par une voie symétrique, passer le long du colon descendant vers la fosse iliaque gauche.

Les autres confusions sont moins fréquentes. Nous citerons seulement : la perforation de la vésicule biliaire (commémoratifs de lithiase) les perforations intestinales (ulcère du colon ascendant) Caubet, Soupault), la rupture d'une poche de salpingite, d'une grossesse tubaire (symptômes sous ombilicaux), les coliques hépatiques néphrétiques et saturnines, la pancréatite aiguë, l'occlusion intestinale aiguë, enfin la simple gastralgie paroxystique puisque l'erreur a été commise et la laparotomie faite (Synonds-Finny). Le diagnostic étant posé l'intervention d'urgence s'impose sans chercher trop à

remonter un état général dont l'atteinte n'est que la conséquence d'une intoxication que seule l'intervention peut enrayer.

Soins préparatoires

Ceci ne veut pas dire qu'il ne faille pas pendant que se font les préparatifs opératoires, mettre en œuvre tout ce qui peut être utile pour remonter les forces du malade. Dans ce but on pratiquera des injections d'huile camphrée, de strychnine, de spartcine, de serum glucoséadrenaliné, par voie intraveineuse s'il est nécessaire. On réchauffera le malade. Une injection de morphine peut être utile pour calmer une douleur excessive agitante et déprimante à la fois.

Anesthésie

Quatre modes d'anesthésie peuvent être employés :

1° *L'anesthésie locale*, malgré ses avantages de moindre toxicité n'est pas en pratique recommandable ici où l'on ignore à quelle incision on pourra être entraîné et à quelles manipulations intestinales on sera obligé de se livrer pour trouver la lésion.

2° *L'anesthésie rachidienne* compte de nombreux partisans, et pour ceux qui l'affectionnent en chirurgie gastrique courante, elle trouve ici un emploi tout indiqué. Elle est ici passible des mêmes reproches qu'en général sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre.

3° *L'anesthésie par l'éther* où le mélange de Schleich peut être employée bien que les complications pulmonaires soient à craindre ici comme dans toutes les interventions gastriques.

4° *Le protoxyde d'azote* est bien préférable, mais l'appareillage n'en est pas toujours à la disposition du chirurgien en cas d'urgence.

En somme, en pratique, c'est à l'anesthésie par l'éther ou par la novocaïne rachidienne que l'on aura recours.

Incision

Presque tous les chirurgiens emploient l'incision médiane xypho-ombilicale plus ou moins étendue. Cette incision est presque toujours suffisante pour les lésions gastriques et même duodénales. On lui a reproché de ne pas respecter les nerfs et de prédisposer aux éventrations.

D'autres incisions ont été employées : incision verticale à gauche le long du bord externe du muscle droit (Heslain, Page, Selby) et une incision oblique parallèle au rebord costal gauche.

On a proposé (Hartmann, Lecène, Gosset) d'utiliser l'incision de Sprengel plus ou moins modifiée. C'est une incision transversale située à mi-chemin entre l'ombilic et l'appendice xyphoïde, entre la deuxième et la troisième intersection aponévrotique du muscle droit et dépassant la ligne médiane de chaque côté de 8 centimètres environ. On n'ouvre d'abord que le feuillet antérieur de la gaine des droits, on incline les muscles latéralement et on ouvre le péritoine. S'il est nécessaire, on coupe plus ou moins le droit d'un côté ou de l'autre. Un billot doit être placé sous les épaules. Cette incision donne du jour surtout sur le duodénum, elle n'est passible que d'un seul reproche : elle est plus longue à pratiquer que l'incision de laparotomie sus-ombilicale médiane. Le facteur temps peut être d'une grande importance dans ces interventions d'urgence et c'est pourquoi pour la majorité des cas, la laparotomie médiane est préférable.

Parfois (voir une de nos observations) la laparotomie aura été précédée d'une incision de la fosse iliaque droite. En effet dans tous les cas où prédominent les signes d'appendicite l'exploration rapide de la région coeco-appendiculaire devra être faite par une incision oblique ou transversale de la fosse iliaque droite. Si l'appendice est sain, l'incision qui permettra d'ailleurs le drainage du Douglas, sera vite refermée et une laparotomie médiane sus-ombilicale sera pratiquée.

Recherche de la perforation

Le péritoine ouvert, un liquide d'aspect variable s'échappe. C'est tantôt un liquide assez clair, verdâtre, grisâtre, sero-purulent, parfois bilieux jaunâtre ou brunâtre. Il a assez souvent une odeur aigre, une odeur stomacale caractéristique. On peut aussi trouver des débris alimentaires plus ou moins digérés dans la cavité abdominale. Plus rarement ou dans des opérations tardives on trouve du pus franc dans l'abdomen.

Assez fréquemment on trouve des fausses membranes, jaune verdâtres qui agglutinent les anses intestinales entre elles, unissant le foie à l'estomac et au duodénum et masquant tout d'abord celui-ci.

Il est rare que la perforation se présente de suite dans le champ opératoire. Il faut pour cela une perforation de la face antérieure ou de la grande courbure de l'estomac, mais comme le plus souvent il s'agit d'une perforation pyloro-duodénale, il faut la rechercher.

Les liquides épanchés semblent venir de sous le foie, on les éponge à mesure, en faisant récliner par un aide le foie et les anses intestinales et au milieu des fausses membranes, dans la profondeur de la région sous hépatique, on aperçoit la perforation sur le pylore ou la première portion du duodénum (d'après la statistique réunie dans la thèse déjà ancienne de Collin on trouve sur 262 ulcères duodénaux 242 ulcères de la première portion).

Rarement on ne trouve pas la perforation, il faut alors explorer le reste du duodénum, la partie supérieure de l'estomac vers le cardia et enfin la face postérieure de l'estomac.

Pour voir celle-ci on a préconisé autrefois l'effondrement du petit épiploon (Anderson, Barker, Ferguson) ou celui du ligament gastrocolique (Parker). Il est plus simple d'effondrer le meso-colon transverse comme lorsqu'on veut faire une gastro-entérostomie postérieure classique ; très souvent on a ainsi assez de jour. Si le

jour donné est encore insuffisant, on peut selon ses préférences pratiquer le décollement intercolo-épiploïque ou le dépouillement d'une partie de la grande courbure à la compresse (Temoïn). La perforation apparaît le plus souvent comme un orifice lenticulaire au centre d'une petite tumeur blanchâtre, calleuse, cartonnée, de dimensions variables (pièce de un, deux francs et plus). Certaines perforations sont plus étendues, certaines géantes, d'autres sont de simples fissures.

Le liquide gastrique sort de l'orifice quand il s'agit d'une perforation gastrique et au moment où on manipule l'estomac. Dans les perforations duodénales, il peut sortir du liquide bilieux jaune verdâtre dont la cavité abdominale peut être plus ou moins imprégnée.

Il peut y avoir plusieurs perforations. Il est une série d'observations où le chirurgien étant intervenu pour une perforation d'ulcère gastrique a découvert à l'autopsie un deuxième ulcère (Mickuliez, Helfferich, Gilford, Hunter, Barling, Walther).

Traitement de la perforation

Il faut suturer la perforation. Cette suture peut se faire sur la perforation telle quelle se présente, elle peut être précédée de la resection de l'ulcère.

Cette resection vise à la suppression de la lésion elle-même, elle a pour but de pratiquer une opération curative de la maladie en même temps que de la complication. Elle évite la possibilité des hémorragies ulcéreuses secondaires et les perforations itératives de l'ulcère suturé. Elle permet enfin parfois une meilleure suture.

Par contre elle allonge un peu l'acte opératoire. Elle oblige à un rétrécissement marqué du canal pyloro-duodénal au moment de la suture. Car pour être efficace, la suture doit être étendue bien au-delà des limites de la perforation.

Ceci n'est rien si elle est vraiment utile. Mais certains chirurgiens la considèrent comme inutile (Pauget,

anglo-américaine. Elle serait inutile parce qu'un ulcère perforé est un ulcère arrivé au terme de son évolution pathologique (Anglais, Lagoutte), un ulcère éteint.

Après simple suture sans excision les tissus se cicatrisent fort bien et c'est d'ailleurs une notion classique que les perforations qui ont donné lieu à des abcès périgastriques se cicatrisent spontanément après la simple ouverture de ceux-ci.

Toutefois cette opinion n'est pas admise par tous et tout récemment encore Leriche disait à la Société de Chirurgie de Lyon, que la suture d'un ulcère perforé n'arrête pas son évolution et qu'il faut pratiquer l'excision avant la suture (Leriche, Delore, Maynard-Smith).

D'ailleurs de rares accidents mais graves se sont produits à la suite de la simple suture d'un ulcère perforé.

Barker et Wallis ont cité deux cas d'hémorragie grave, dont un mortel survenu après opération et provenant d'ulcères non excisés. Pepper, dans les mêmes circonstances, vit une autre perforation se produire sur un autre point de l'ulcus.

En réalité beaucoup de chirurgiens pratiquent la resection quand elle est aisée ou se contentent de l'avivement des bords de la perforation, ce qui facilite la suture en supprimant la partie friable de l'ulcus.

D'autres préfèrent la thermo-cautérisation et l'enfouissement.

La resection sera faite parallèlement à l'axe du conduit pylorique ou duodénal. La suture sera perpendiculaire à cet axe afin de rétrécir aussi peu que possible le calibre du conduit.

Cette suture sera faite au moins en deux plans, en employant du catgut double ou triple zéro — chromé de préférence — au moins pour le plan profond muqueux, car le plan superficiel sero-séreux peut être fait indifféremment au catgut ou au fil de lin ou de soie.

La suture profonde comprendra la totalité de la tranche de section muqueuse comprise. On peut ou faire

des points séparés ou faire un surjet avec des points de feston bien serrés.

La suture superficielle sero-sereuse sera un surjet aux points ordinaires.

On peut être amené à aller chercher l'étoffe de rapprochement assez loin si le premier plan de sutures ne donne pas toute satisfaction. Dans ce cas il peut aussi être indiqué de faire un second surjet sero-sereux par-dessus le premier ou si cela n'est pas possible, de fixer au lambeau épiploïque pediculé, voire même libre sur la ligne des sutures.

Mais des incidents opératoires peuvent survenir. La suture exacte peut ne pas être possible, les fils du plan total coupant les bords friables de l'orifice. On peut être alors amené à faire un adossement sero-musculo-sereux par-dessus la perforation en allant chercher les tissus au-delà de l'ulcus ; un second plan sero-sereux ou une greffe épiploïque recouvrira le premier enfouissement.

On peut aussi pratiquer un enfouissement en bourse si la perforation et l'ulcère calleux sous jacent ne sont pas trop étendus.

On peut enfin — comme Pauchet l'a fait et le recommande dans certains cas — faire un enfouissement par deux simples points en U se recouvrant ou se coupant perpendiculairement.

Exceptionnellement enfin des chirurgiens ont été amenés à obturer la perforation avec l'épiploon soit en l'en recouvrant simplement, soit en l'y enfonçant comme un bouchon et en le fixant aux bords (Bennett-Dalgren).

On a aussi obturé une perforation duodénale avec l'estomac ramené par dessus (Power). Lorsqu'une perforation duodénale a ainsi été suturée très imparfaitement, il y a intérêt, si l'état général du malade le permet, à mettre la suture à l'abri du contact des aliments en pratiquant une exclusion pylorique qui peut être faite « à la ficelle » pour aller plus vite et une gastro-entérostomie postérieure.

Parfois on peut être amené à se résoudre au tamponnement simple de l'ulcère avec exclusion péritonéale par des mèches. Il peut s'ensuivre une fistule gastrique et une suppuration prolongée.

Toutefois dans les cas où la suture est franchement impossible et l'état général grave on pourra avoir recours à cette technique qui a donné une assez forte proportion de succès (F. Brünner en avait réuni 15 cas avec 12 succès en 1903).

Par contre il faut rejeter formellement la suture des bords de l'ulcère à la paroi — véritable gastrostomie — et le drainage de la perforation — anciennement pratiqués abandonnés justement.

Récemment il a été présenté à la Société de Chirurgie de Paris un certain nombre d'observations (Grimault, Michon, Lapointe, Gauthier, Abadie) de pylorectomies primitives pour ulcères perforés.

Ces chirurgiens se sont trouvés en présence d'une perforation d'ulcus impossible à suturer chez des malades en assez bon état général et au lieu d'avoir recours à un des médiocres procédés que nous venons d'indiquer pour ces cas, ils n'ont pas hésité à pratiquer une pylorectomie suivie de gastro-entérostomie postérieure. Quatre guérisons ont été enregistrées sur cinq cas.

Cette intervention, malgré ces succès encourageants, reste une opération d'exception, elle sera réservée aux cas où :

1° La suture des bords épais, sans souplesse, friables, sera impossible.

2° L'état général du malade sera bon.

3° Elle pourra être faite facilement et rapidement.

Dans les autres cas mieux vaut se contenter de renforcer une mauvaise suture par une greffe épiploïque avec exclusion du pylore et gastro-entérostomie si l'état général le permet ou faire un simple tamponnement si l'état général est trop médiocre.

Lavage

La perforation suturée, il faut éponger autant et aussi vite que possible les liquides épanchés dans la cavité abdominale, mais il est nécessaire de ne se livrer à aucune manœuvre inutile susceptible de disséminer l'infection. On épongera avec des compresses sèches montées les liquides que l'on aura sous les yeux et si l'on croit devoir faire une toilette plus complète, on saura la limiter sagement en prenant garde de ne rompre aucune barrière d'adhérences protectrices.

Encore plus convient-il de ne pas laver la cavité péritonéale. Nous avons déjà dit que certains chirurgiens allemands avaient autrefois proposé le lavage minutieux avec eviscération. Le lavage dissémine les germes pathogènes et les entraîne dans des régions non infectées (Lejars). Cependant en 1910, au 24^e Congrès français de Chirurgie Hartmann et Pauchet admettaient encore le lavage au serum chaud dans les cas où il existait soit de nombreuses matières alimentaires, soit une péritonite franchement généralisée.

En 1913 Pauchet préconisait encore le lavage du péritoine à l'éther ou à l'huile camphrée.

Actuellement le lavage est proscrit, abandonné de presque tous les chirurgiens, on éponge simplement les liquides, on enlève les corps étrangers et on draine si on croit en avoir laissé.

Quelques chirurgiens restent pourtant fidèles au lavage à l'éther.

A ce moment de l'intervention, les frères Mayo, Mayo-Rolson, Moynihan ont recommandé dans les perforations duodénales le lavage de l'estomac afin d'éviter le passage du contenu gastrique dans le duodénum suturé.

Drainage

Nous avons déjà parlé du tamponnement par mèches réservé aux cas où la suture n'a pu être effectuée et dans lesquels l'état général ne permet pas une pylorectomie.

Mais lorsque la suture a été faite correctement convient-il de drainer ?

Autrefois on pratiquait de multiples drainages.

Depuis longtemps aussi certains opérateurs ne drainent pas lorsqu'il n'y a pas de signes d'infection péritonéale.

Mais la plupart des chirurgiens drainent le point déclive, le Douglas, soit par l'incision de la fosse iliaque droite (lorsque l'on a cru avoir affaire à une appendicite), soit par une incision sus-pubienne. Ce drain est laissé en place quatre ou cinq jours pendant lesquels on fait de l'aspiration par sa lumière.

Dernièrement encore Lecène préconisait ce drainage sus-pubien du Douglas.

Souvent aussi on adjoint à ce drainage un drainage épigastrique, sous hépatique au devant du foyer de la perforation.

Suture de la paroi

La paroi sera fermée en un seul plan au fil de bronze ou d'argent. C'est le procédé le plus rapide, et celui qui diminue le plus les chances de suppuration pariétale et d'événtration.

Gastro-entérostomie complémentaire immédiate

Pratiquée depuis 1897, érigée en principe par certains chirurgiens anglo-américains, elle est très discutée dans ses indications.

A — En sa faveur on invoque les arguments suivants :

1° La gastro-entérostomie complémentaire réalisant une dérivation et une exclusion relative de l'ulcère suturé met la suture à l'abri du contact du contenu gastrique et par suite dans de meilleures conditions de cicatrisation.

2° Elle réalise le traitement même de l'ulcère gastrique et le met au repos en combattant le spasme pylorique.

3° Elle met le malade à l'abri des accidents ultérieurs de stenose due à la cicatrisation de l'ulcère.

4° Elle est d'ailleurs souvent rendue nécessaire par le rétrécissement du conduit pyloro-duodénal, créé par la suture de la perforation gastrique (Lecène, Hartmann, etc....)

5° Elle permet une alimentation précoce.

A ces arguments on peut répondre que :

1° La dérivation par la gastro-entérostomie n'est pas réellement effectuée s'il n'y a pas de rétrécissement très serré du pylore ou du duodénum, car il est démontré par les examens radioscopiques que tant que le pylore reste perméable, presque toujours une bouche de gastro-entérostomie ne fonctionne pas ou fonctionne mal. A la gastro-entérostomie il faut adjoindre l'exclusion du pylore comme Quenu, Delagenière, Vautrin l'ont préconisé.

2° Le spasme pylorique n'est pas un phénomène constant dans l'ulcère gastrique (Handek en 1914 ne le trouve que dans 50 % des cas et Faulhaber dans 25 %). Duval et Beclère ont parfois dans les ulcères juxta-pyloriques constaté de la béance pyloro-duodénale avec exagération de la rapidité de la vidange gastrique.

La retention hyperacide et la stase étant inconstantes, on ne sait jamais dans ces interventions d'urgence, si ces troubles existent encore pour le cas présent.

D'autre part la gastro-entérostomie ne met pas l'ulcère au repos car les contractions gastriques persistent, la bouche de gastro-entérostomie ne vide pas l'estomac comme un entonnoir, elle ne le laisse pas vide. L'estomac se vide par elle comme par le pylore avec des contractions rythmées (Abadie).

Enfin le véritable traitement de l'ulcère pyloro-duodénal n'est pas la gastro-entérostomie, mais la gastro-pyloréctomie pour les uns et pour d'autres l'excision ou la thermocautérisation sans gastro-entérostomie complémentaire (Balfour).

3° Il est préférable de pratiquer la gastro-entérostomie dans de bonnes conditions quand les accidents de sténose apparaîtront s'ils apparaissent.

4° Il doit être en réalité tout à fait exceptionnel que la suture rétrécisse assez le calibre du conduit pyloro-duodénal pour que celui-ci devienne imperméable. Les aliments passent avec une voie en apparence très sténosée.

Expérimentant sur des animaux Elliott excisait un large segment de la circonférence duodénale et suturait les lèvres de la brèche. Il lui a paru impossible de produire un rétrécissement marqué et une dilatation d'estomac.

Il existe en effet de nombreux exemples de cas dans lesquels une suture semblait avoir assez rétréci le canal pyloro-duodénal pour qu'il y ait imperméabilité mécanique du pylore et dans lesquels celui-ci restait en réalité physiologiquement perméable (cas de Gibson rapporté au Congrès international de Chirurgie de 1914, un cas de Basset...)

Cependant Roux-Berger (Société de Chirurgie 1920) et Thomson (Lancet 1899) ont pu dans deux cas constater après la mort un rétrécissement très serré du pylore et du duodénum. Mac Williams, en 1915, a observé 15 jours après une suture, une dilatation de l'estomac qui l'obligea à pratiquer une gastro-entérostomie secondaire. Tout récemment Alamartine à la Société de Chirurgie de Lyon rapportait un cas dans lequel des symptômes de dilatation aiguë de l'estomac sont apparus le 5^e jour après une suture et obligèrent à une gastro-entérostomie secondaire malheureusement inutile.

Malgré ces objections diverses la gastro-entérostomie reste indiquée pour les chirurgiens qui l'estiment le complément nécessaire des excisions en thermocauterisation. Elle reste indiquée dans les cas de retention hyperacide avec spasme (malheureusement impossible à distinguer des autres dans les cas d'urgence). Elle l'est encore dans les cas où a été produite une stricture très

serrée du pylore ou du duodénum puisque certains accidents, très rares il est vrai, ont pu être attribués, à ce rétrécissement.

B — Mais certains dangers ont été reprochés à la gastro-entérostomie complémentaire immédiate.

On lui a reproché : 1) D'allonger l'acte opératoire chez un malade en état grave ; 2) De risquer de disséminer l'infection péritoneale.

1° On peut en effet discuter justement l'opportunité de la gastro-entérostomie — dans les cas même où elle est indiquée — si l'état général est précaire. Même au cas de stricture pyloro-duodénale, peut-être vaut-il mieux remettre l'opération à quelques jours, le rétrécissement pylorique pouvant être aisément supporté pendant ce temps.

Il y a lieu dans ces cas limites de tenir compte aussi de la valeur de l'opérateur et de son entraînement à la chirurgie gastrique. Pour un chirurgien entraîné une gastro-entérostomie n'allonge que peu l'acte opératoire ; avec un autre moins habile il peut être préférable de remettre l'opération à quelques jours.

Cependant dans ces cas la gastro-entérostomie faite au bouton de Jaboulay comme le préconisaient les chirurgiens de Lyon, est rapide et aisée.

2° Quant à la diffusion de l'infection réalisée par la pratique de la gastro-entérostomie, elle peut être encore à craindre selon que l'infection sera déjà diffusée ou sera restée localisée à la région épigastrique. Elle ne semble d'ailleurs guère à craindre si l'on s'en rapporte aux résultats donnés par les statistiques de ceux qui, comme Deaver, la pratiquent systématiquement.

C — Encore convient-il après avoir exposé ces arguments pour et contre la gastro-entérostomie de distinguer les ulcères duodénaux et les ulcères gastriques et parmi ceux-ci les ulcères juxtapyloriques et ceux du corps de l'estomac.

Pour les ulcères duodénaux la gastro-entérostomie

peut se légitimer par le rétrécissement du conduit et parce que la gastro-entérostomie est le traitement de choix de l'ulcus duodénal combiné ou non à l'exclusion pylorique. Aussi, et surtout dans les cas où la suture est peu satisfaisante, la gastro-entérostomie combinée à l'exclusion pylorique à la ficelle serait celle d'une bonne technique quand l'état général en permet l'exécution (Bernard).

Pour les ulcères *pyloriques* le rétrécissement opératoire du conduit et l'action bienfaisante de la gastro-entérostomie sur le spasme et la stase gastrique sont des arguments impressionnants en faveur de la gastro-entérostomie.

Pour les ulcères du *corps de l'estomac*, le seul argument en faveur de la gastro-entérostomie serait, si elle existe, la retention gastrique.

D — Nombreuses sont les statistiques comparatives des résultats obtenus avec ou sans gastro-entérostomie .

1° Suture avec g. e.

Dans une statistique globale de 1910, Kroiss trouvait 51 succès sur 65 cas. Korte obtint 7 succès sur 9. Ders, 9 sur 11. Moynihan, 7 sur 9. Deaver sur 56 cas dont 54 avec g. e. a eu 96,5 % de succès. Warren R., sur 72 cas, a eu 28 % de mortalité avec g. e. (alors qu'il avait 60 % sans g. e.)

2° Sans g. e.

Peck obtint 5 guérisons sur 8 cas. French sur 18 cas suivis, a vu 15 guérisons parfaites. Kirk (cité par Mayo, Roïson et Duval) a obtenu 11 guérisons sur 11 cas. Lagoutte, 12 guérisons sur 12 cas (2 morts sur 4 avec gastro-entérostomie), Kotzareff a obtenu 75 % de guérison avec suture simple (et 66 % avec g. e.)

A distance même les résultats sont bons. Lagoutte a revu 10 opérés sur 16 entre 9 ans et 2 mois après l'intervention. Tous ceux qui n'ont eu qu'une suture sont en bon état gastrique.

Ces statistiques excellentes pour la plupart sont absolument contradictoires et on ne saurait, de leur examen, tirer aucune conclusion.

Entre les Américains qui considèrent la g. e. complémentaire comme une opération « *de routine* », qui doit être pratiquée systématiquement et des chirurgiens comme Souligoux, Lagoutte, qui pour des raisons d'ailleurs différentes, la considèrent comme une opération « *de nécessité* » imposée par le mauvais état des sutures ou le rétrécissement duodéno-pylorique, il nous paraît qu'il y a place pour une opinion moyenne et que l'on peut considérer la g. e. complémentaire comme une opération « *d'opportunité* ».

De l'examen des faits et des opinions émises dans les discussions et travaux récents, il nous paraît que l'on peut admettre pour l'instant :

1° Que la g. e. est indiquée chaque fois qu'il existe un rétrécissement opératoire pyloro-duodénal très marqué, car s'il a été nié que le rétrécissement du pylore existe jamais assez marqué pour provoquer des troubles, il y a des observations qui prouvent le contraire.

2° Elle est encore indiquée lorsqu'une suture pyloro-duodénale est franchement insuffisante. Elle est alors avantageusement complétée par une exclusion pylorique.

3° Ces deux indications sont les seules pour les chirurgiens qui considèrent que la résection ou la thermocautérisation sans g. e. sont le traitement de choix de l'ulcère non perforé ou perforé.

4° Pour les autres chirurgiens la g. e. garde encore certains avantages hypothétiques : elle combat le spasme et la stase si il y a spasme et stase ; elle met le malade à l'abri des accidents possibles de stenose cicatricielle ultérieure, s'ils doivent se produire.

Ces avantages pour hypothétiques qu'ils soient dans chaque cas particulier n'en gardent pas moins une certaine valeur qui nous paraissent pouvoir justifier la g. e. lorsque l'état général et local sont vraiment bons.

De là à recommander systématiquement la g. e. il y a loin. Certaines conditions sont en effet nécessaires pour qu'elle soit pratiquée sans faire courir de risques sérieux au malade :

1) Il faut que l'opération soit précoce, douze premières heures, et que le malade soit en bon état général (bonne tension) et local (peu de réaction péritonéale).

2° Il faut que l'opérateur soit certain de faire aisément et rapidement cette g. e.

Cette opinion moyenne est celle qui se dégage des récentes discussions des Sociétés de Chirurgie de Paris et de Lyon. Personne n'a admis la g. e. systématique et presque tous les chirurgiens, surtout à Lyon, ont admis l'utilité de la g. e., mais qu'on n'exécute dans tous les cas que si l'état général le permet.

Pauchet concluait déjà en 1910 : « Tout dépend de l'état du malade et de l'état local du péritoine. Si le malade est déprimé et si le péritoine est infecté, il faut aller au plus pressé, suturer, laver, drainer ; plus les manœuvres sont courtes, plus les chances de succès sont grandes. Si des accidents de stenose cicatricielle se produisaient quelques semaines plus tard une g. e. postérieure pourrait être sans danger ».

Pansements et soins post-opératoires

Bandage de corps ordinaire, ou mieux, nous semble-t-il, pansement avec un simple adhésif sur des compresses, permettant de placer une vessie de glace sur l'abdomen. Position de Fowler. Goutte à goutte rectal et serum sous-cutané. Huile camphrée à haute dose. Spar-teine adrénaline. Strychnine, digitale s'il est nécessaire.

Si le malade vomit, lavages d'estomac répétés au besoin plusieurs fois par jour.

Commencer à donner à boire quand le malade ne vomit plus et commencer l'alimentation proprement dite vers le neuf ou dixième jour.

Donner un lavement évacuateur le troisième ou quatrième jour.

Pronostic

Il dépend avant tout de deux facteurs :

1° La précocité de l'intervention.

2° La quantité et la septicité des liquides gastriques épanchés dans le péritoine.

1° La précocité de l'intervention a toujours été considérée à juste titre comme un facteur capital de succès et si les résultats anciens ont été si mauvais, c'est en grande partie parce que les chirurgiens opéraient trop tard.

Une intervention pratiquée dans les douze premières heures donne les plus grandes chances de succès, les chances diminuent ensuite de moitié :

F. et G. Gross sur 237 observations où l'heure avait été notée constataient que :

88 opérations avant la 12^e heure avaient donné 22 décès soit 25 % de mortalité.

51 opérations entre 12 et 24 heures avaient donné 29 décès soit 52,7 % de mortalité.

63 opérations entre 24 et 48 h. avaient donné 36 décès, soit 56 % de mortalité.

31 opérations plus tardives avaient donné 25 décès, soit 74 % de mortalité.

2° La quantité des liquides gastriques épanchés dépend naturellement de l'état de vacuité ou de réplétion gastrique alimentaire dans lequel se trouvait le malade au moment où s'est produite la perforation. Une perforation gastrique chez un malade à jeun est beaucoup moins grave qu'une perforation qui survient chez un malade qui sort de table depuis peu. La septicité du contenu gastro-duodénal dépend en partie de ce qu'a mangé le malade (aliments cuits ou crus) et en partie de la richesse en acide chlorhydrique du suc gastrique. Sans doute d'autres facteurs interviennent que nous connaissons mal.

L'importance pronostique de cette question de la septicité ou de l'asepsie du contenu péritonéal est consi-

dérable. Les liquides épanchés ont parfois été reconnus stériles et dernièrement encore Lecène constatait l'asepsie absolue d'un épanchement péritoneal purulent verdâtre à la 14^e heure d'une perforation duodénale. Le malade guérit. Dans une observation publiée en 1911, Lecène avait trouvé du pneumocoque. Il en avait été de même pour deux cas de Barlacci, pour un cas de Flexner, pour 3 cas de Jensen. Plusieurs de ces cas furent d'ailleurs mortels.

Trois fois, sur quatre perforations duodénales, Dudgeon et Stewart trouvent le pus stérile et dans le quatrième cas se trouve un colibacille. Ce cas fut mortel, deux malades sur les trois autres guérirent.

Chez un malade opéré 6 heures après le début des accidents Roux Berger trouve des cocci-tétrades et staphylocoques aérobie et anaérobie : le malade guérit cependant.

L'examen direct des frottis et surtout la culture des liquides recueillis donne donc d'excellents éléments de pronostic sans cependant que leur valeur soit absolue.

Résultats

Ils s'améliorent avec les années. D'après une statistique globale de 369 opérations avec 187 décès F. et G. Gross en 1904 calculaient que avant 1892 la mortalité avait été de 100 % pour tomber à 78 % entre 1892 et 1898 et à 37 % entre 1898 et 1903.

Les statistiques étrangères anglo-américaines sont meilleures que les françaises.

En 1904 il avait été pratiqué en France 47 opérations pour ulcère gastrique perforé avec 36 décès. Depuis les résultats se sont considérablement améliorés. L'an dernier, Lagoutte du Creusot a pu apporter à la Société de Chirurgie une statistique de 14 succès sur 16 interventions.

Mais meilleurs encore sont les résultats de Murphy (1918) : 26 guérisons sur 28 cas et ceux extraordinaires

de Deaver ou de Kirk qui comptent l'un 96,5 % et l'autre 100 % de succès. Ces résultats tiennent peut-être en grande partie à la précocité de l'intervention, les médecins anglo-américains faisant, paraît-il, bien plus précocement que les nôtres le diagnostic des perforations gastro-duodénales.

Les guérisons ne vont pas toujours sans accroc d'ailleurs.

On observe parfois : des abcès de la paroi, des péritonites enkystées, des fistules gastriques, des accidents pleuro-pulmonaires plus ou moins graves, des étranglements post-opératoires. Rappelons les cas de récurrence des signes d'ulcus, d'hémorragie secondaire, de perforation itérative de l'ulcère, d'ulcère septique jéjunal secondaire à la gastro-entérostomie ou de formation d'un nouvel ulcère gastro-duodéal qui peut se perforer à son tour, enfin de stenose cicatricielle tardive.

Malgré ces accidents secondaires possibles et malgré l'existence d'insuccès opératoires encore trop fréquents, il faut dire bien haut que l'ulcère gastro-duodéal perforé doit être immédiatement opéré et que le pronostic est très favorable si le malade est opéré assez tôt.



CONCLUSIONS

1° Un ulcère gastro-duodéal perforé doit être toujours immédiatement opéré.

2° L'opération pratiquée dans les douze premières heures donne les plus grandes chances de succès.

3° Découverte, grâce à une laparotomie médiane sus-ombilicale ou transversale sus-ombilicale droite, l'ulcère doit être suturé et chaque fois qu'il est possible, il paraît préférable de l'exciser ou de le thermo-cautériser auparavant.

4° Si la suture est impossible, si l'état général est satisfaisant et si l'exérèse semble facile, on sera autorisé

à pratiquer une gastro-pyloréctomie d'emblée. Ce n'est qu'une opération d'exception.

5° Si la suture est impossible et l'état général mauvais le mieux semble être de pratiquer un tamponnement d'exclusion péritonéale et de drainage.

6° Si la suture a été faite, et que malgré une greffe épiploïque elle semble peu satisfaisante, on peut, dans les ulcères pyloro-duodénaux et si l'état général le permet pratiquer une exclusion pylorique avec gastro-entérostomie.

7° La gastro-entérostomie immédiate après suture n'est jamais une intervention nécessaire. Elle paraît être souvent utile ; elle ne doit pas être faite systématiquement, c'est une intervention d'opportunité.

8° Elle n'est réalisable que si l'intervention est précoce, dans les cas seulement où l'état général et local sont satisfaisants et si elle peut être exécutée aisément et rapidement.

9° Dans ces conditions elle se justifie en ce qu'elle supprime la stase gastrique inconstante mais possible et pare au rétrécissement pyloro-duodénal immédiat opératoire ou tardif cicatriciel.

10° En dehors de ces conditions il est absolument contre-indiqué de la pratiquer et de se livrer à aucune manœuvre complexe ; les interventions les plus simples et les plus rapides sont les seules qui donnent des chances de succès dans les cas graves.

11° Le drainage sus-pubien paraît toujours indiqué.

12° Le malade devra être ultérieurement examiné soigneusement au point de vue gastrique et une gastro-entérostomie complémentaire sera faite plus tard s'il est nécessaire quand une simple suture aura été faite primitivement.

OBSERVATIONS

Observ. I. — Première observation de perforation d'ulcus gastrique opérée, Mickulicz (1884).

Homme de 25 à 30 ans. Subitement péritonite par perforation. Une ponction exploratrice donne issue à des gaz épanchés dans la cavité abdominale ; les gaz sont inflammables et ont une odeur d'alcool.

Laparotomie sus-ombilicale le 7 octobre 1880. La cavité abdominale se trouve remplie d'un liquide brunâtre couleur café sentant l'alcool et mêlé de grains de riz. Estomac très dilaté. A la petite courbure à 6 ou 8 cm du cardia : une déchirure-suture. Lavage de la cavité péritoneale avec une solution de thymol pendant que les anses intestinales qui prolagent sont recouvertes de compresses phéniquées chaudes. Mort après 3 heures.

Observ. II. — Première intervention suivie de succès.

Ulcère perforant avant péritonite. Opération. Guérison Kriege (Berliner Klin-Wochensch 1892).

Homme de 41 ans présentant depuis 20 ans des phénomènes de gastrite. Dans la nuit du 18 au 19 Mai il est éveillé par des douleurs intenses dans le ventre surtout à l'épigastre.

Le lendemain matin pas de vomissements, pas de ballonnement, pas de tympanite.

Six heures plus tard nouvel accès douloureux, un peu de tympanisme et de tympanite ; ventre rétracté. On porte le diagnostic d'ulcère perforé. Incision médiane supérieure. L'ouverture du ventre donne lieu à la sortie de gaz inodores et au contenu stomacal. Les anses intestinales sont simplement un peu injectées. Quelques dépôts fibrineux sur la face antérieure de l'estomac mais pas de perforation. Déchirure opératoire du ligament gastro-hépatique, pas de perforation postérieure.

Incision transversale de la paroi abdominale à gauche. Sur la paroi antérieure à l'estomac, à 3 centimètres du cardia, entre la petite et la grande courbure on trouve une perforation de la largeur d'un pois. Cet orifice est suturé non sans difficulté. Occlusion de la plaie. Mèche de gaze et drain. Complications : un abcès de la paroi et une pleurésie purulente, guérison.

Observ. III. — Première observation d'un ulcère du duodénum perforé opéré et guéri.

Perforation d'un ulcère chronique du duodénum. Laparotomie. Guérison (Percy-Dean, Lancet, 12 mai 1894 : p. 191).

Une femme de 27 ans fut admise à l'hôpital le 17 février 1894 avec une douleur abdominale intense. Ballonnement, langue sèche et vomissements fréquents ; la température était de 38° 2. Durant une quinzaine la malade avait souffert du creux épigastrique et était traitée pour une indigestion. Vingt-quatre heures avant son entrée à l'hôpital, elle devint tout-à-coup beaucoup plus mal ; la douleur et la faiblesse avaient augmenté. On diagnostiqua une péritonite généralisée due probablement à une obstruction intestinale.

Une incision de trois pouces au-dessus de l'ombilic donna issue à du liquide purulent. L'incision agrandie, on trouva un ulcère perforant du duodénum siégeant à la partie antérieure de l'intestin. Cette ulcération avec l'induration circonvoisine fut excisée à l'aide de ciseaux et l'intestin fut ensuite suturé. L'opérée guérit et 30 jours après elle quittait l'hôpital.

Le 30 Avril la malade revenait avec des signes d'occlusion intestinale et malgré une laparotomie mourut.

Observ. IV. — Première observation d'opération sans drainage.

Atherton (Med. Record 5 janvier 1895 page 2) (in thèse Houzé).

Femme de 20 ans. Phénomènes dyspeptiques depuis 3 ou 4 ans. Vomissements fréquents après les repas. Le 18 Septembre elle déjeûne à 2 heures ; à 6 h. 45 douleur violente à la partie gauche de l'épigastre et dans l'hypochondre gauche, irradiant à la partie supérieure de l'épaule gauche. Vomissements acides. La malade est vue une heure après : extrémités froides et visqueuses. La partie supérieure de l'abdomen un peu dure, sensible et légèrement tympanisée. Pouls 88. Température 37,4. Respiration 28. Piqûres de morphine. Le lendemain à 10 heures laparotomie. Incision au niveau de l'épigastre sur la ligne médiane longue de 4 à 5 pouces. A l'ouverture du péritoine il s'écoule quelques onces de liquide trouble ; l'estomac très distendu se présente ; il est attiré en dehors. Le péritoine qui le recouvre est rouge, très épais. Près de l'épiploon gastro-hépatique,

non loin du pylore : perforation entourée de quelques adhérences. Une sonde introduite donne issue à une goutte ou deux de liquide. Deux sutures de soie fine sont d'abord placées et liées ; par-dessus six points de Lambert à la soie. La paroi est très ramollie, quelques fils coupent ; néanmoins la fermeture est obtenue. La cavité abdominale est nettoyée à l'aide d'éponges. Suture de la paroi. Pas de lavage du péritoine ni de l'estomac, pas de drainage. Sort guérie le 17 octobre.

Observ. V. — Première observation de gastro-entérostomie immédiate.

Perforation de l'estomac. Suture impossible. Obturation par l'épiploon. Gastro-entérostomie immédiate. Braun, *Centralb. f. Chirurg.* 1897, p. 27.

Femme de 40 ans souffrant depuis de longues années de l'estomac. Aggravation dans les six dernières années. Vomissements fréquents. Depuis 2 mois exacerbation de la douleur et vomissements souvent sanguinolents après les repas. A l'examen le 12 décembre 1893 dilatation de l'estomac jusqu'à l'ombilic ; à la palpation on constate au-dessus de l'ombilic sur la ligne médiane une tumeur dure lisse du volume d'un œuf d'oie sensible à la pression, se laissant déplacer vers en haut moins latéralement et vers en bas. La catheterisme de l'estomac ramène un liquide stomacal à odeur aigre renfermant de l'Hcl libre. En dilatant l'estomac la grande courbure descend à la hauteur de l'ombilic, la petite courbure reste à environ une largeur de main au-dessus de l'appendice xyphoïde ; la tumeur semble y adhérer. En vidant l'estomac la tumeur remonte et disparaît. Diagnostic : sténose cicatricielle, peut-être cancer.

Laparotomie avec l'intention de pratiquer la gastro-entérostomie. On trouve dans la cavité péritoneale quelques centimètres cubes de liquide trouble et sur la petite courbure une tumeur adhérente, fixe, s'étendant vers le pylore. On soulève le foie pour mieux juger. Aucune apparence de cancer, mais on reconnaît des adhérences récentes légèrement purulentes sur la face antérieure de l'estomac. En les détachant, on aperçoit dans la pseudo tumeur de la paroi stomacale antérieure une partie amincie et une fissure. Suture impossible, toutes les tentatives échouent. La paroi déchire, la fente s'agrandit. On échoue aussi en essayant de suturer la perforation à la paroi abdominale. Finalement on fixe l'épiploon par

dessus la perte de substance et l'on fait la gastro-entérostomie par le procédé de Von Hacken. En soulevant le jejunum il s'écoule encore du liquide trouble, d'aspect purulent. Nettoyage à sec, suture de la paroi, guérison vérifiée trois ans et demi plus tard.

Observ. VI. — Ulcère du duodénum perforé. Suture gastro-entérostomie immédiate. Guérison par le Dr Lecène. Du Bulletin Soc. de Chirurgie 1911, page 317. Observation résumée.

Homme âgé de 20 ans. Début brutal le 26 Décembre 1910 à 7 heures du soir par une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Un vomissement alimentaire.

Le lendemain matin, à 9 heures, température 38° 2, pouls 100 bien frappé. Contracture musculaire et réaction douloureuse vive dans la fosse iliaque droite. Le point maximum de douleur provoquée correspond au bord externe du muscle grand droit sur la ligne ileo ombilicale droite. La fosse iliaque gauche est souple et indolente. La région épigastrique n'est douloureuse ni spontanément, ni à la pression. Submatité nette au-dessus de l'arcade de Fallope droite.

Persistance de la matité hépatique. Ni selle, ni gaz. Pas de vomissements depuis la veille au soir 7 heures. On porte le diagnostic d'appendicite aiguë.

Opération 14 heures après le début des accidents. Incision de la fosse iliaque droite. A l'ouverture du péritoine, pus bien lié. L'appendice n'est pas malade. Appendicectomie et fermeture avec drainage du Douglas.

Laparotomie sus-ombilicale transversale avec hémisection du grand droit du côté droit. A l'ouverture du péritoine, pus jaunâtre inodore. On trouve sur la face antérieure de la première portion du duodénum à deux travers de doigt du pylore une perforation lenticulaire au centre d'un épaississement cartonné de la paroi. Cet épaississement a les dimensions d'une pièce de 2 fr. Suture impossible. Enfouissement par un surjet seromuscleux-sereux au catgut perpendiculaire à l'axe duodénal avec greffe épiploïque. Gastro-entérostomie postérieure transmesocolique typique. Fermeture complète de la paroi. Suppression du drain le quatrième jour. Guérison.

Le pus contenait un diplocoque ayant les caractères du pneumocoque.

Observ. VII. — Duodéno pylorectomie pour ulcus perforé du duodénum chez un sujet de 15 ans. Guérison par le D^r Abadie (d'Oran), Soc. de Chirurgie, séance du 2 juillet 1920.

S. 15 ans, sans passé gastrique est pris à 2 heures de douleurs abdominales violentes. A 4 heures on constate une contracture abdominale généralisée. Le pouls est à 132, les yeux sont cernés.

Opération à 7 heures. Incision sus-pubienne prolongée vers l'ombilic. Appendicectomie.

En soulevant la paroi abdominale on aperçoit vers l'épigastre une zone d'adhérences. Fermeture de l'incision et laparotomie sus-ombilicale. On trouve une perforation lenticulaire au centre d'un ancien ulcère calleux qu'il est impossible de suturer. Duodéno-pylorectomie. Libération des deux courbures. Section après écrasement. Suture de la tranche duodénale en 2 plans. Suture incomplète de la tranche gastrique et anastomose termino-latérale de l'anse jejunaie et des restes de la tranche gastrique. Paroi en un plan. Guérison malgré une éventration au onzième jour.

Observ. VIII. — Ulcère perforé du pylore. Pylorectomie. Guérison D^r Grimault. Soc. de Chirurgie 1^{er} Décembre 1920 (Résumé).

Opération 6 heures après une perforation brusque. A l'ouverture du péritoine, liquide gastrique et débris alimentaires.

On trouve à la face antérieure du pylore une perforation lenticulaire au centre d'une tumeur arrondie ayant un diamètre un peu supérieur à celui d'une pièce de 5 fr. Bords épais de 2 cm. Suture impossible. Pylorectomie immédiate. Péan. Guérison après petite fistule gastrique passagère.

Observ. IX. — Gastro-pylorectomie pour perforation d'ulcus gastrique remontant à 6 heures, guérison. D^r Gauthier (de Luxeuil), Soc. de Chirurgie, 20 Octobre 1920.

Un homme de 50 ans souffrant de l'estomac avec hématémèses et méléna depuis 20 ans est pris le 4 Août 1919 à 3 heures du matin d'une douleur violente et brusque. Le médecin appelé auprès de lui le trouve avec un facies grippé, un pouls petit et rapide, l'abdomen dur et

rétracté. Il fait le diagnostic de perforation d'ancien ulcus gastrique.

Le Dr Gauthier voit le malade 6 heures après le début des accidents, confirme le diagnostic, opéré aussitôt ; il trouve dans le péritoine un liquide louche où flottent quelques débris alimentaires. Les anses intestinales sont rouges et couvertes par places d'un enduit fibrineux. Sur la face antérieure de l'estomac, au voisinage de la petite courbure à 3 ou 4 centimètres du pylore on voit une perforation de 10 millimètres de diamètre. Elle se trouve au centre d'un ulcère à bords épaissis et calleux qui présente lui-même les dimensions d'une pièce de 5 fr.

Gastro-pylorectomie sur un estomac nettement adhérent. Gastro-entérostomie postérieure et jejuno-jejunostomie complémentaire au bouton. Guérison constatée 11 mois après l'opération.

Observ. X. — Ulcère du duodénum perforé. Opération. Suppuration multiples. Mort 32 jours après l'opération. Autopsie. Rétrécissement considérable de la première portion du duodénum ; par le Dr Roux-Berger, Soc. de Chirurgie, séance du 7 Juillet 1920 (Résumée).

Une femme de 50 ans avec des antécédents gastro-intestinaux assez nets (appendicectomie en 1919) est prise brutalement d'une douleur abdominale aiguë. 12 heures après symptômes de péritonite par perforation, un petit vomissement de sang, pouls 130, température 37° 6.

Opération. — A l'ouverture du péritoine il s'écoule un liquide sale. Sur la première partie du duodénum on trouve une perforation à l'emporte-pièce reposant sur une base cartonnée. Enfouissement qui rétrécit le calibre duodénal. On fait une gastro-entérostomie postérieure transmesocolique. Réunion sans drainage.

Au douzième jour on est obligé d'évacuer une collection du cul de sac de Douglas. Il apparaît des symptômes d'épanchement pleural. Pleurotonie droite, un peu de liquide louche est évacué.

La suture épigastrique se désunit et laisse échapper un peu de liquide sale. Morte un mois après l'opération.

A l'autopsie on constate l'existence d'un épanchement pleural droit purulent et un rétrécissement marqué du duodénum au point où siégeait l'ulcère. La suture est bonne. Le rétrécissement admet à peine l'extrémité de l'index.



BIBLIOGRAPHIE

- Pour la bibliographie antérieure à 1912 consulter :
- Thèse Collin, Paris 1894.
Thèse Chapt, Paris 1895.
Thèse Houzé, Paris 1896.
Fet G. Gross : Perforation de l'Estomac par ulcère.
Rev. de Chirurgie 1904, p. 135.
Ricard et Pauchet : Comptes-rendus du 23^e Congrès de
l'Associat. franç. de Chirurgie, Paris 1910, p. 548.
Thèse Bousseau, Paris 1912.
et les classiques :
Guinard in Ledentu Delbet.
Gosset in 9 agreyés.
Forgue,
Chirurgie d'urgence, Lejars.
Depuis 1912 :
Grant : Perforated gastric ulcer, Louisville Month f. M.
et S. 1911-1912, 272.
Martins : Die Heilung des Perforierten Magengeschwürs
Verhandl. d. Berl. Med. gesellsch. Berlin 1911, 52.
Micheleau : Perforat. de l'Estomac, guérison, gaz. hebd.
des Soc. Méd. de Bordeaux 1912, 461.
Perforat. d'un ulc. de l'Estomac, mort, Gaz. hebd.
des Soc. Méd. Bordeaux 1912, 127.
Mitchell : Perforated round ulcer of stomach, Proc. Path.
Soc. Philad 1911, 112.
Putnam : Case of perforated pyloric ulcer, Post graduate
N. Y. 1912, 26.
Ricci et Pomponi : Su di un caso di ulcera perforante,
Ann. del 2, Inst. di cl. ch. di Roma 1912, 605.
Schley : Perforating ulcer of the stomach, Ann Surg
Philad. 1912, 478.
Vasilevski : Med Obozr Moscou 1911, 1017.
Watson : A case of acute perfor of stomach, Liverpool,
Med. Chir. J. 1912, 88.
Evans : Perforat gastric ulc. Med. Press and Chir. Lon-
don 1912, 520.
Horodynski : Gaz le K. Varsovie 1912, 689.
Debove et Thevenot : A propos d'un cas de péritonite
par perf. de l'est., Gaz. médic. 1913, 677.

- Descazals : Perforat. d'un ulc. de l'est. pyloréctomie secondaire, *Limousin Médical* Limoges 1913, 182.
- Pauchet : Perfor. aiguë ulc. duod., *B. Soc. Chir.* 1913 689.
- Favieul : Perforat. de l'Estom., *Gaz. Méd. Nantes* 1913, 210.
- Goullioud et Cornet : Perforat. d'un ulc. pylor., opérat. hâtive, guérison, *Lyon Médical* 1913, 754.
- Hitzrot : Perforated gastric ulcer, *Ann Surg. Phila* 1913, 558.
- Peterson : Perforated gastric ulcer, *Post graduate NY* 1913, 259.
- Skeel : Fibroid of the stom with perforat. ulcer, *Ann J. Obst. NY* 1913, 35.
- Timbal et Lavan : Deux cas de perfor. d'ulc. gast., *Tribun Méd.* 1913, 241.
- Viannay : Deux cas d'interv. d'urgence pour ulc. de l'est. perforé, *Lorie Méd. St-Etienne* 1913, 235.
- Voltz : Report of a case of perfor. ulc. of the stom *NY. Med. J.* 1913, 57.
- Gross : Ulc. perforé de l'Est., laparot., guérison, *Rev. Méd. de l'Est, Nancy* 1913, 682.
- Cavazzani : Sopre tre casi di perforazione, *clin. Chir. Milano* 1914, 1629.
- Gottschlich : Magen perforation bei Ulcus, *Berl. Klin. Wochenh.* 1914, 39.
- Gibson : IV^e Congrès de la Soc. Int. de Chirurgie, *NY* 16 Avril 1914, Bruxelles 1904.
- Brown : The surg. treatment of perf. d'ulc., *Tr. South Surg et Gynec Ann. Philad.* 1914, 569-603.
- Da Costa : *Annl. Brasil de Méd. Rio de J.* 1914, 298.
- Deaver : Perf. duo. d'ulcer, *Intern. Clin. Philad.* 1914, 203.
- Lagoutte : Sept observ. d'ulc. duod. perforés, *Lyon Chirurg.* 1914, 200.
- Caud. Cotterill, etc. : Perf. g. ulc., *Edimb. M. J.* 1914, 455.
- Cushing : A report of 20 cas of perf gast. ulc., *N Surg. M. Gaz. Boston* 1915, 487.
- Mac Williams : Perf. gast. ulc. *Ann. Surg. Philad.* 1914, 621.
- Tweed : A case of perf. g. ulc., *Guy's Hôsp. Gaz. London* 1915, 282.

- Dreyer : Prakt Vroch. Petrog. 1915, 403.
- Gallo : Ulc. duod. perforé, Revas. Med. Argent. Buenos-Aires 1916, 627 .
- Hampton : Case of rupt. g. ulc. Ann f. Obst. NY 1916, 1114.
- Van Beuren : Perf. d. ulc. Ann. f. Surg. Philad. 1916, 625.
- Lee : Perf. duod. ulc., Glasgow Med. J. 1916, 313.
- Peterson : Perf. d. ulc. M. Rec. NY. 1916, 302.
- Willon : Rupt. d'ulc., J. Roy. Nav. M. Sew, London 1916, 92.
- Chase : Perf. gast. ulc. Clin. J. London 1916, 4.
- Corner : A case of tamponnade of a perf. g. ulc, Brit J. Surg. Bristol 1915-1916, 66.
- Chirton : Gast. ulc. perf. Okbohama M. An. Mus. Kogee 1916, 240.
- Collins : Perf. Gast. ulc. following. g. entér., J. M. Lancet. Minneapolis 1916, 355.
- Lamb : Cases of ulc et perfor of the stom, Wash. M. An. 1916, 96.
- Wilensky : The surg. of perf. ulc., Ann Surg. N. Y. 1916, 403.
- Woolsey : Perf. gast. ulc., Ann. Sug. Philad. 1916, 361.
- Fulda : Perf. duod. ulc., Long Island M. J., Brooklyn 1916, 555.
- Brown : Perf. gast. ulc., opération, Long. Island, M. J. Brooklyn 1916, 338.
- Mix : Duod. ulc. and complic., Med. Clin. Chicago 1917, 759.
- Bogart : Perfor. gast. ulc., Hosp. Bul. Dep. Publ. Char. N. Y. 1917, 36.
- Connors : Perf. gast. ulc. Med. Rec. N. Y. 1917, 260.
- Goodman : Recurrent perf. g. ulc., Med. Rec., N. Y. 1917, 917.
- Mc Chesey : Perf. g. ulc., Long-Island M. J. Brooklyn 1917, 31.
- Raale : Norsk. Mag. S. Læq. Kristiania 1917, 814.
- Woolsey : Ann. Surg. Philad. 1917, 121-124.
- Elliott : Ainter perf. of. g. ulc., J. Ann. Inst. Homæ, Cleveland 1916-17, 106.
- Ware : Perf. d'ulc. M. Rec. N. Y. 1917, 171.

- M. Kenna : A. case of perf. d'ulc., Surg. Clin. Chicago, 1917, 1063.
- Wight : Perforating Pylor. ulc., Long-Island, M. J. Brooklyn 1917, 434.
- Golden : West Virg. M. J. Huntington 1918, 1.
- Rankin : Perf. duod. ulc., Long-Island M. J. Brooklyn 1918, 231.
- Roberts : Two cases of rupt. d. ulc., Med. J. Australia, Sydney 1918, 105.
- Murphy : Notes on 28 cases of rupt g. ulc., Lancet London 1918, 706.
- Phillips : Two cases of pylor. perfor., Clin Jour. London 1918, 67.
- Finsterer : Wien, Klin, Wochensch. 1918, 521-651.
- Black : A case of perfor of g. ulc., J. Roy, Ann. Med. Corps London 1919, 77.
- Huntley : Two cases of acute perfor gast. ulc., Brit. M. J. London 1919, 41.
- Kessler : J. Missouri M. Assoc., St-Louis 1919, 124.
- Krogins : XII Versmul der Nord Chir. Verein, Kristiania, juillet 1919.
- Bohgrevink : Acta chirurg. Scand. 1919 lin 61.
- Deaver : Ann of Surg. Nov. 1919, 526.
- Warren R. : The surgery of gastric urgencies, Practitioner 1920, 429.
- Bulletin Soc. Chirurgie Paris 1920, pages 165, 616, 727, 843, 871, 1059, 1115, 1138, 1247, 1379, 1492.
- Société de Chirurgie de Lyon : Comptes-rendus du 9 Décembre 1920 et du 5 Janvier 1921.

Vu
et permis d'imprimer :

*Le Recteur
de l'Académie de Paris,*

Vu :
Le Doyen,

Le Professeur,
CUNÉO

